Über einen Fall von Extrauteringravidität mit Durchbruch in den Darm.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

von

Gerdt Graewe

aus Schneidemühl.

Tag der Promotion: 3. Februar 1920.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof Dr. Rubner.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm.

Herrn

Dr. Elschner, Dühringshof

gewidmet.

Die Extrauteringravidität hat von jeher in hohem Maße das Interesse der Geburtshelfer und Gynäkologen wie auch der praktischen Aerzte in Anspruch genommen. Einesteils wegen der Schwierigkeit der Diagnose, die auch heute noch vielfach eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose bleibt, andernteils aber auch wegen der Wichtigkeit der möglichst frühzeitigen Erkennung, da von ihr häufig Leben und Wohlergehen der Patienten abhängt.

Ueber die Häufigkeit und damit die Bedeutung der Extrauteringravidität für die Praxis läßt sich nur schwer ein rechtes Bild gewinnen, da bei einem Teil der Fälle, wie bereits erwähnt, die Diagnose nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen ist und ein vielleicht noch größerer überhaupt nicht erkannt wird.

In den letzten Dezennien hat die Zahl der Fälle von ektopischer Schwangerschaft eine dauernde Steigerung erfahren; so wurden in den „Frommel'schen Jahresberichten" aus den Jahren 1887—1891 folgende Zahlen veröffentlicht:

1887	99	Fälle
1888	125	„
1889	122	„
1890	135	„
1891	123	„

Diese Zahlen sind wohl aber weniger als Ausdruck einer tatsächlichen Zunahme, als vielmehr als ein Zeichen für das dauernd wachsende Interesse für die Extrauteringravidität anzusehen. Es ist anzunehmen, daß mit der Zunahme der Sicherheit in der Diagnosestellung und der weiteren Vervollkommnung in der operativen Therapie diese Zahlen auch weiterhin eine Steigerung erfahren. Hingegen werden Veröffentlichungen über die späteren Monate der Tubargravidität und besonders über das oft merkwürdige Verhalten der nach dem Absterben sich selbst überlassenen Frucht mit dem Fortschreiten der operativen Behandlung begreiflicherweise immer seltener werden.

Ein ungefähres Bild von der Häufigkeit der verschiedenen Ausgänge der extrauterinen Schwangerschaft gibt eine Zusammenstellung von Schauta. Bei 241 zur Beobachtung gelangenden Fällen kamen vor:

1.	Ruptur in die freie Bauchhöhle	128
2.	„ mit Hämotocelenbildung, Peritonitis	22
3.	Durchbruch in den Darm	34
4.	„ „ die Blase	9
5.	„ durch die Bauchdecken	5
6.	„ „ „ Scheide	4
7.	Ausstoßung durch den Uterus	6
8.	Incarceration (Ileus)	4
9.	Lithopädion	9

Aus diesen Angaben ersieht man, daß der Durchbruch in den Darm an und für sich ein äußerst seltenes Ereignis ist. Fälle jedoch, wie der zu schildernde, bei denen die Frucht fast 20 Jahre nach ihrem Absterben noch ihren Weg durch den Darm genommen hat, dürften so exorbitant selten sein, daß ich einen solchen von Herrn Dr. Elschner in Düringshof beobachteten und mir zur Bearbeitung gütigst überlassenen Fall zur Veröffentlichung bringen will, obwohl ich mir bewußt bin, daß er bei der Kürze der Beobachtungsdauer und dem Fehlen jedes anatomischen Präparates (eine Operation oder Sektion hat nicht stattgefunden) nur ein bedingtes wissenschaftliches Interesse beanspruchen kann.

Bevor ich an die Beschreibung meines Falles gehe, will ich eine kurze Besprechung einiger ähnlicher (in der Literatur) ausführlich besprochener Fälle folgen lassen. Ihre Zahl ist der Seltenheit des Ereignisses entsprechend naturgemäß äußerst gering.

Fall 1: Einen Fall von rechtsseitiger Tubargravidität mit Durchbruch in den Darm beschreibt Edgar. Es handelt sich um eine etwa 2½ Monate alte Frucht; schon wenige Monate nach der Konzeption erfolgte hier der Durchbruch mit heftigen blutigen und eitrigen Darmentleerungen und führte in kurzer Zeit zum Tode der Patientin. Die Sektion ergab folgenden Befund: „Die Hinterwand des Uterus ist mit der stark nach der Mitte verzogenen Flexura sigmoidea und Eingeweiden verwachsen. Unter der dilatierten rechten Tube befindet sich eine große Höhle mit organisiertem Blut gefüllt, diese kommuniziert mit einer großen, fetzig gangränösen Abszeßhöhle hinter dem Uterus, die wieder ihrerseits eine etwa zwei Finger durchlassende Kommunikation mit der Flexur hat.“ Therapeutisch hatte man hier die Laparotomie gemacht, doch bei der Unmöglichkeit, infolge ausgedehnter Verwachsung zu dem Fruchtsack zu gelangen, sich auf die Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes beschränkt. Obwohl sich reichlich

Faeces und krümelige Massen aus der Scheide entleerten, erfolgte der Tod unter hohem Fieber nach 5 Tagen.

Fall 2: Einen zweiten Fall von frühzeitigem Durchbruch publiziert Bucura. Die 27jährige Patientin erkrankt, nachdem die Regel zweimal ausgesetzt hat, mit heftigen Blutungen. Die Diagnose ist außerordentlich schwierig, da lange Zeit Fluor bestanden hat und ausgedehnte Adnexerkrankungen vorhanden sind. Beiderseits sind Tumoren von harter Konsistenz fühlbar. Erst die plötzlich auftretenden heftigen Schmerzen im Abdomen, verbunden mit profusen, mit Eiter vermischten blutigen Stühlen, führen zu der Diagnose Tubargravidität mit Durchbruch in den Darm. Patientin kam ad exitum, ehe zur Operation geschritten wurde. Die Obduktion ergab einen rechtsseitigen, mit dem Darm verwachsenen Tumor, der an der Uebergangsstelle der Flexura sigmoidea in das Rectum mit dem Darm kommunizierte. Die Frucht befand sich im zweiten Monat der Schwangerschaft. — Während es sich bei diesen beiden Fällen um jüngere Früchte handelte, beschreibt Guérard zwei Fälle von 5 Monate alten Foeten.

Fall 3: Im ersten Fall ergibt die Anamnese, daß Patientin elfmal geboren hat, zuletzt vor 3 Jahren. Nachdem die Regel 7—8 Monate fortgeblieben war, erkrankte sie plötzlich mit Schmerzen im Leibe und mit starken Blutungen aus Scheide und Mastdarm. Die Stühle waren häufig mit Schleim und Eiter durchsetzt. Dieser Zustand dauerte etwa 3 Jahre.

Befund: Abdomen mäßig aufgetrieben. Die Perkussion ergibt überall tympanitischen Schall. In der rechten Seite fühlt man einen von der Medianebene bis zum äußeren Beckenrand von der Nabelhöhe bis tief ins Becken sich erstreckenden Tumor von weicher Konsistenz, der nach keiner Seite hin deutlich abgrenzbar ist. Die innere Untersuchung lehrt, daß das ganze kleine Becken vollkommen von einer unregelmäßigen harten Geschwulstmasse ausgefüllt ist, die nur links außen, nicht ganz bis an den Beckenrand heranreicht. Bei Druck auf den im Douglas liegenden Teil der Geschwulst entleert sich Eiter aus dem Mastdarm.

Therapie Laparotomie: Nach Lösung der untereinander und mit dem Fruchtsack verwachsenen Därme sieht man einen in der rechten Beckenhälfte befindlichen Tumor. Die Totalexstirpation ist wegen der Verwachsungen nicht möglich; es wird daher, besonders da der Tumor der Scheide anliegt, auch diese eröffnet. Trotz mehrmaliger Kollapse erholt sich Patientin schnell,

kann nach 3 Wochen aufstehen. Nach 1 Jahr ist von dem Tumor nichts mehr zu fühlen.

Fall 4: Guérards zweiter Fall betrifft eine Schustersfrau, die viermal geboren hat. 7—8 Monate nach Aussetzen der Regel traten unter äußerst heftigen Schmerzen starke Blutungen und Knochenausscheidungen aus dem Mastdarm auf. Die Untersuchung ergibt eine mannskopfgroße unbewegliche Geschwulst hinter dem Uterus. Bei der Laparotomie, die auch hier ausgeführt wird, wird der Fruchtsack exstirpiert und eine gleichzeitig vorhandene Cholecystitis mitoperiert. Die Durchbruchsstlle lag an der Flexura sigmoidea. Patientin gesundet in 3 Wochen. Der Foetus befand sich im 5. Monat.

Fall 5: Einen weiteren Fall von linksseitiger Tubargravidität im 5. Monat mit Durchbruch durch den Darm, der zwei Jahre beobachtet wurde, publiziert Lorenz. Die Patientin, bei der zweifelsfrei eine Tubargravidität festgestellt war, hatte dauernd unter blutigen, eitrigen Stühlen, bei denen auch kleinere Knochenstücke abgingen, zu leiden. Erst nach zwei Jahren entschloß sich Patientin zur Operation. Der Untersuchungsbefund ergab damals: „Strangartige Verdickungen, welche von der Portio nach der linken Beckenwand gehen. Beckenhöhle leer. Uterus vergrößert. Anteflektiert. Körper wenig nach rechts verdrängt. Portio nach links verzogen. Der ganze Uterus unbeweglich, Uterushöhle leer. Neben und hinter der Portio linkerseits nach oben eine Resistenz, die bei bimanueller Untersuchung nicht unmittelbar auf die linke Uteruskante übergehend zu tasten ist und dem Gefühl den Eindruck der Knochenkrapitation macht. Die Untersuchung des Rectum ergibt keine Perforationsöffnung.

Therapie: Bei der Operation (Laparotomie mit Einnähen des Fruchtsacks in die Bauchhöhle) ergibt sich, daß es sich um eine linksseitige Tubargravidität im 5. Monat handelt, die zu einem Durchbruch in das Colon ascendens geführt hatte. Patientin genaß in einigen Wochen.

Fall 6: Ueber einen Fall, der in bezug auf das Alter des Foetus (5. Monat), die Therapie und vor allem der Länge der Zeit, die die Frucht getragen wurde, dem von mir zu beschreibenden außerordentlich ähnelt, wird von Funke berichtet:

Es handelt sich um eine Frau, die vor vier Jahren eine Geburt durchmachte und vor 1 Jahr abortierte. Die Menses blieben nun

4 Monate aus. Die Untersuchung ergab eine Graviditas tubaria sinistra. Durch elektrische Behandlung wurde die Frucht abgetötet und so eine scheinbare Heilung erzielt. Nach fast 15 Jahren erkrankte Patientin plötzlich mit Erbrechen, heftigen Leibschmerzen und erst schleimigen, dann eitrigen Durchfällen. . . . Bei der Untersuchung fühlt man neben dem dextroponierten Uterus noch immer einen mannesfaustgroßen Tumor, der unbeweglich aus dem kleinen Becken bis fast handbreit über die Symphyse ragt. Die Perforationsstelle ist im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Fällen im Rectum fühlbar. . . .

Therapie: Nach Laparotomie erfolgt auch hier in etwa 8 Wochen vollständige Heilung. Der Fall war fast 16 Jahre dauernd unter ärztlicher Kontrolle und hat darum ein besonderes Interesse.

Ich komme nun zur Beschreibung meines Falls:

Anamnese: Die Patientin Frau Scheer aus Düringshof, 58 Jahre, hat keine besonderen Krankheiten durchgemacht. Mit 15—16 Jahren setzte die Menstruation ein und war stets regelmäßig, mit 21 Jahren verheiratete sie sich. Unterleibskrank ist sie angeblich nie gewesen, insbesondere hat sie nie unregelmäßige Blutungen gehabt oder an Ausfluß gelitten. Sie machte 4 reguläre Schwangerschaften durch, 2 Kinder sind noch am Leben. Ende der 80er Jahre, anscheinend 88 oder 89, blieb die Regel 2 Monate aus und war dann unregelmäßig. Bald darauf erkrankte Patientin mit heftigen Schmerzen in der linken Seite, in der eine große schmerzhafte „Beule" zu fühlen war. Sie wurde mehrfach ohnmächtig, war arbeitsunfähig und mußte angeblich in die Universitäts-Frauenklinik nach Rostock gebracht werden (in Rostock hiervon nichts bekannt). Hier wurde sie mit Einspritzungen behandelt, die nach ihrer Meinung zur Abtötung der Frucht führen sollten. Da die Schmerzhaftigkeit der linken Bauchseite allmählich nachließ, wurde sie nach einigen Wochen aus dem Krankenhaus entlassen, doch hatte sie später häufig, besonders bei größeren Anstrengungen, unter anfallsweise auftretenden heftigen ziehenden Schmerzen im Unterleib zu leiden; auch konnte man immer noch eine, wenn auch geringere Geschwulst in der linken Bauchseite fühlen. Im Herbst 1916 wurde sie beim Kartoffelbuddeln plötzlich ohnmächtig und bekam sehr heftige Leibschmerzen, besonders links, so daß sie auf einem Wagen nach Hause gebracht werden mußte; da sich gleichzeitig äußerst heftige Durchfälle zeigten,

stellte der hinzugerufene Arzt Magen- und Darmkatarrh fest und empfahl ihr Bettruhe. Nach einigen Tagen besserte sich ihr Zustand wieder, so daß sie die Arbeit wieder aufnehmen konnte. Seit dieser Zeit klagte Patientin aber dauernd über Schmerzen und häufige Diarrhoen. Im Herbst 1917 erkrankte sie plötzlich mit Schüttelfrost, hohem Fieber und starken Durchfällen. Die Stühle hatten einen intensiven stinkenden Geruch und waren mit Blut und Eiter durchsetzt. Auch kleinere Knochen fanden sich in den Entleerungen. Erst am nächsten Tage rief Patientin Herrn Dr. Elschner, da sich ein größeres Knochenstück im Rectum festgesetzt hatte und der Patientin fast unerträgliche Schmerzen bereitete. Bei der Digitaluntersuchung des Rectum wurde ein Knochenstück zutage gefördert, das sich nach Reinigung und genauerer Besichtigung als Foetusknochen herausstellte. Auf Befragen äußerte Patientin nun, daß ihr schon am Tage vorher verschiedene kleinere Knochenstücke in ihrem Stuhlgang aufgefallen wären.

Befund: Patientin ist eine kräftige, außerordentlich gutgenährte Frau von starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und überreichem Fettpolster, das besonders auf dem Bauch sehr stark entwickelt ist, und hier die Untersuchung des leicht gespannten Bauches, der links auf Druck sehr empfindlich ist, erschwert. Die bimanuelle Untersuchung ergibt: Portio klein, kaum fühlbar. Von der Portio ziehen sich nach der linken Beckenwand strangartige Verdickungen. Der Uterus, der wohl schon der senilen Involution verfallen ist, ist ebenso wie die Adnexe bei der Stärke der Bauchdecken nicht durchzufühlen. Die linke Seite ist bei bimanueller Untersuchung auf Druck sehr empfindlich. Bei der Digitaluntersuchung des Rectum ist, soweit man mit dem Finger hinaufgelangen kann, nichts Auffälliges, besonders keine Durchbruchsstelle zu fühlen. Der Stuhlgang zeigt dünne, wässerige Konsistenz und ist mit Blut und Eiter gemischt. Temperatur 38,5, Puls 102, kräftig. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Die noch vorhandenen (einen Teil hat Patientin fortgeworfen) durch den Darm entleerten Knochen sind:

1 Scheitelbein 4 : 3½ cm
9 Rippen, davon 4 = 5 cm lang
2 = 4½ cm lang
2 = 3½ cm lang
1 = 4,3 cm lang

2 Schulterblätter 2,2 : 1,8 cm
1 Ostemporale 2 : 1 :5 cm
1 Os ilium 1,2 : 1,8 cm
1 Humerus 3,2 cm
1 Femor 4 cm.
und Wirbelreste.

Die Knochen sind sehr spröde und zeigen vielfach Lädierungen.

Verlauf: Nach der Ausräumung des Rectums fiel die Temperatur am nächsten Tage auf 37,3 und kehrte am folgenden Tage zur Norm zurück. Die heftigen Durchfälle ließen nach. Die eitrigen Beimischungen wurden geringer und hörten schließlich ganz auf. Der Appetit, der einige Tage ganz darniederlag, machte sich wieder bemerkbar, und Patientin erholte sich so schnell und zusehends, daß sie nicht mehr im Bett zu halten war und nach 14 Tagen ihre Arbeit wieder aufnahm. Auch heute, nachdem mehr als 2 Jahre vergangen sind, fühlt sich Patientin, abgesehen von leichten, hin und wieder sich bemerkbar machenden ziehenden Schmerzen im Unterleib, durchaus wohl und kann auch schwerere körperliche Arbeiten verrichten.

Diagnose: Nach den Angaben der Patientin, dem Befund bei der ersten und den Feststellungen bei der letzten Untersuchung, kommt man zu folgendem Urteil:

Patientin konzipierte im Jahre 88 oder 89 in der linken Tube. Die Regel setzte infolgedessen aus oder wurde wenigstens unregelmäßig. Die Frucht entwickelte sich, nach der Größe der ausgestoßenen Knochen zu urteilen, bis zum 4. oder 5. Monat. Im 4.—5. Monat der Schwangerschaft kam es zu einem Tubarabort, daher die Blutungen und starken Ohnmachten, die sie zwangen, das Krankenhaus aufzusuchen. Hier wurde eine Pseudoheilung durch Abtöten der Frucht durch Morphiuminjektion erzielt. Daß es nicht zu einer vollkommenen Heilung kam, ist nach den Angaben der Patientin, die bekundet, dauernd eine Geschwulst gefühlt zu haben, als erwiesen zu betrachten. Die Frucht, die inzwischen mit den umliegenden Organen (Därmen pp.) verschiedentlich Verwachsungen eingegangen war, lag nun wie ein Fremdkörper etwa 18 Jahre in der Bauchhöhle, ohne nennenswerte Beschwerden zu verursachen, bis zum Herbst 1916. Nach einer größeren Anstrengung machten sich nun schon damals Beschwerden (starke Schmerzen und Diarrhoeen) bemerkbar, die als Zeichen eines beginnenden Durchbruchs in den Darm aufzufassen sind. Ein

Jahr später trat dieser dann wirklich ein. Entweder auf dem Blutwege, wahrscheinlich aber von dem nahen Darm aus drangen Bakterien in den bis dahin sterilen Fruchtsack ein. Es kam zu einer Vereiterung und Verjauchung seines Inhalts, und in heftigen blutigen und eitrigen Stühlen entleerten sich die Foetusreste durch den Darm. Die kleineren Knochen gingen ohne nennenswerte Beschwerden ab, und erst das Festsetzen eines größeren Knochenstückes (eines Scheitelbeins) veranlaßte die Patientin, den Arzt zu rufen. Da eine Durchbruchsstelle im Rectum nicht zu tasten war, ist nicht festzustellen, wo der Durchbruch erfolgt ist. Zusammenfassend kommt man zu der Diagnose:

Graviditas tubaria sinistra mit Durchbruch durch den Darm nach möglicherweise 19jährigem, mindestens aber 9—10jährigem Verweilen der Frucht im Mutterleib.

Schlußwort: Vergleicht man die geschilderten Fälle untereinander, so kann man sagen, daß ätiologisch keine Anhaltspunkte für das Auftreten eines Durchbruchs in dem Darm zu finden sind. Das Ereignis ist unabhängig vom Alter der Frucht (s. Tabelle). In zwei der Fälle erreichte der Foetus ein Alter von 2 Monaten und in den 5 anderen den 5. Monat. Die Durchbruchsstelle lag viermal in der Flexura sigmoidea, einmal im Colon ascendens und war einmal im Rectum fühlbar. Die Konzeption fand viermal in der linken und dreimal in der rechten Tube statt. Der Durchbruch erfolgte in 3 Fällen wenige Monate nach der Konzeption, in 2 Fällen 2—3 Jahre und zweimal erst nach 16 bezw. 18 Jahren nach Eintritt der Schwangerschaft. Der Ausgang war in 2 Fällen letal. Viermal erfolgte Heilung nach Laparotomie, und in meinem Fall erfolgte sogar noch nach etwa 18 Jahren eine Spontanheilung. Trotzdem beweisen die angeführten Fälle deutlich, daß zu jeder Zeit und in jedem Fall ein Ereignis, wie der Durchbruch in den Darm, eintreten kann, und daß selbst nach einem Zeitraum von fast 20 Jahren die Trägerin eines tubaren Fruchtsackes vor Komplikationen, die ihr Leben in höchste Gefahr bringen können, niemals sicher ist. Die operative Therapie ist und bleibt daher in jedem Falle das Gegebene.

Fall	Alter d. Foetus	Tubar-gravidität	Zeitdauer bis zum Durchbruch	Durch-bruchs-stelle	Therapie	Ausgang
I.	$2^1/_2$ Monate	rechts	einige Monate	Flexura sigmoidea	Laparo-tomie Scheiden-eröffnung	Exitus
II.	2 Monate	„	„	Uebergangs-stelle d. Flexur in d. Rectum		„
III.	5 Monate	„	3 Jahre	Flexura sigmoidea	Laparo-tomie Scheiden-eröffnung	Heilung
IV.	5 Monate	links	7-8 Monate	„	Laparo-tomie	„
V.	5 Monate	„	2 Jahre	Colon ascendens	„	„
VI.	$5^1/_2$ Monate	„	16 Jahre	Im Rectum fühlbar	„	„

1. Albers: Zur Geschichte des Lithopädion, Monatsschrift für Geburtshilfe, Bd. 17, S. 42.
2. Bucura: Tubarabort mit Austritt in den Darm, Wiener klinische Wochenschrift, 1907, Nr. 4.
3. Edgar: Extrauteringravidität mit Bildung einer großen Haematocele und sekundärer Ruptur in das obere Drittel der Flexura sigmoidea. Centralblatt für Gynäkologie 1902.
4. Funke: Zur Kasuistik der Extrauteringravidität. Hegars Beiträge, Bd. II, S. 273.
5. Guérard: Beiträge zum Verlaufe älterer Extrauteringraviditäten. München. med. Wochenschr., 1899, S. 782.
6. Küchenmeister: Archiv für Gynäkologie, Bd. 17, S. 153.
7. Küstner: Eine Jahresarbeit auf dem Gebiete der Extrauteringravidität. Deutsche med. Wochenschr., 1894, Nr. 50.
8. Lorenz: Ueber einen Fall von ektpischer Schwangerschaft mit Durchbruch in den Darm. Dtsch. med. Wochenschr. 1894, S. 924.
9. A. Martin: Extrauteringravidität in Eulenburgs Realencyklopädie, Bd. 7, 1895.

10. Schauta: Beiträge zur Kasuistik, Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität, 1891.
11. Werth: Extrauteringravidität im Handbuch der Geburtshilfe von Winckel, 1903, Bd. II, 2. Teil.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Gerdt Graewe, evangelischer Konfession, Sohn des verstorbenen Hauptmanns Franz Graewe, wurde am 8. Juni 1886, in Schneidemühl, geboren. Seine Erziehung und Ausbildung erhielt er auf dem Friedrichs Gymnasium in Berlin, den Kadettenhäusern zu Potsdam u. Gr. Lichterfelde u. dem Friedrichs-Realgymnasium in Berlin, das er Ostern 1906 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Seinen medizinischen Studien lag er ausschliesslich in Berlin ob, hier bestand er auch im Herbst 1908 die ärztliche Vorprüfung und 1913-14 die ärztliche Staatsprüfung und erhielt am 4. August 1914 die Approbation als Arzt. Als solcher war er 4 Jahre im Felde tätig. Im Dezember 1919 liess er sich als Arzt in Nowawes bei Potsdam nieder.